

直至患手搭于对肩,此时即可复位。透视下复查满意后,腋下垫以棉垫,固定稳妥,用宽约 6cm 的搭肩胶布条与胸围胶布条固定在一起,保持好患肢贴胸屈肘搭肩位。3~4 周拍片复查,酌情解除外固定,功能锻炼。

**治疗结果**

本组 14 例,其中 10 例达到解剖复位,4 例近解剖复位。骨折临床愈合时间 3~4 周,经随访 3 个月以上,效果良好,肩关节功能正常,无后遗症和并发症。

**讨论**

肱骨外科颈骨折是比较多见的不稳定性骨折。其移位原因主要是骨折远端因受胸大肌牵拉向前内上方

移位。因此,传统的手法整复,外展石膏固定,由于增加了胸大肌的张力,使肱骨干部分更不稳定,易发生再移位。悬垂石膏可造成骨端分离,平卧位时石膏的重力作用,也易造成骨折向前成角畸形或移位。超肩关节夹板固定常因活动而松脱,难以维持对位导致再移位。足蹬复位 Dugas's 位宽胶布外固定由于复位后将患肢上臂置于较度内收位胶布固定于侧胸壁,缓解了胸大肌的牵引力量,减少再移位的机会。所以,该法整复操作简单,固定牢固,能有效地防止再移位,克服了其他外固定方法的缺点,适用于基层医院推广应用。

(收稿:1994-05-13)

## 杉树皮固定治疗桡骨远端骨折

浙江省富阳县中医骨伤科医院(311400) 詹庄锡 詹新宇

我们在先师张绍富主任医师的指导下,采用传统的拔伸双扣手法复位,杉树皮小夹板旋后位固定,收到理想疗效,简介如下。

**材料** 取厚度为 0.2cm 干性杉树皮,制成小夹板四块:背侧板从手背掌指关节起,掌侧板从腕横纹起;桡侧板从第一掌指关节起,尺侧板从尺骨茎突部起,均上至肘横纹线下 5cm 处。夹板上宽下窄,间距约 1.5cm。软膏药 1 张,桃花纸 2 张,小号绷带 1 只,胶布 1×100cm4 条。

**手法复位** 患者取坐位,屈肘 90°,前臂中立位。医者立于患侧,用一手虎口扣住患臂骨折部位近侧,拇指扣压骨折端,另一手捏住腕部,虎口扣住骨折远端,食指勾住尺骨茎突部,缓缓拔伸,纠正重叠。如有旋转移位,可将远端轻度旋后,然后与骨折移位相反方向在拔伸力下相对扣压,桡推尺压(远端向尺侧,近端向桡侧)纠正侧方移位,接着作掌背侧双侧虎口扣紧,对抗推压,近压远推(近端向背侧,远端向掌侧)并作腕关节极度掌屈 70~90°使掌背移位得以整复。

**夹板固定** 复位满意后,前臂旋后位,对抗牵拉下,先由助手贴以膏药,必要时可在远端桡侧、背侧加一半月型纸压垫,包上桃花纸后,分别在背侧、尺侧、桡侧、掌侧顺次放上杉树皮夹板,用胶布缠臂捆绑后,外用绷带,连同腕关节手掌部一起固定,逐层缠妥,留出手指适当活动。固定完毕后,屈肘 90°,旋后位三角巾悬挂胸前。一般 7~10 天应作摄片换绷带检查。如有

移位可作及时纠正,并应适当调整固定松紧度。

**体会** 伸直型桡骨远端骨折在受伤时,由于前臂旋前腕背伸位手掌着地;或两足前滑,向后倾倒前臂旋后,腕背伸位掌心着地,传导暴力集中于桡骨下端发生骨折。骨折移位的严重性,决定于暴力的强弱。若暴力过大,跌倒时的前冲复合引力可使骨折重叠,远端出现不同程度的旋转移位,三角软骨盘破坏,尺骨茎突随着撕裂移位,腕关节面的掌倾和尺偏角消失,外观畸形明显。拔伸双扣手法针对骨折移位的相反方向,逆行复位。我们提出前臂旋前位受伤在中立位复位,旋后位固定。我们从力学测试结果分析,无论是体表或插入断端间其压力值,旋后位均明显大于中立位和旋前位,即旋后位时杉树皮夹板固定发挥的效力最大,体位最稳定。加以杉树皮夹板质轻性韧具有弹性,便于塑型,能起到良好的固定作用。

对于伸直型桡骨下端骨折的分型各地尚不统一。目前,国内将本病分为五型。经过实践证明,本手法原则上均能适应以上五型骨折的复位与固定。具体操作时应分轻重缓急,各使其宜。对于老年人的粉碎性骨折,因骨质疏松,骨碎片有分离者,手法宜轻,以免碎骨移位滑入关节间隙。严重移位者需注意拔伸彻底,骨折嵌插或重迭完全纠正后方可下一步手法。手法做到技巧敏捷,连贯协调,用力均匀,前后整复过程一气呵成,一般不需麻醉。

(收稿:1994-02-02)